

令和 年度 児童健康調査票（全歳児共通）		保育所		担当者
		令和 年 月 日	面接	
フリガナ		性別	生 年 月 日	
児童名	男・女	平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)	
保護者名		続 柄	日 中 保 育 し て い る か た 母・父・祖父母・その他 ()	
生 育 歴	★出生時のことについて			
	1	妊娠期間はどのくらいでしたか。	か月 週（早産・満期産・過期産）	
	2	出生時の体格を記入してください。	身長 cm・体重 g・頭囲 cm	
	3	正常分娩でしたか。	正常分娩・帝王切開・吸引・鉗子・その他	
	4	出生時に何か異常がありましたか。	元気・衰弱・仮死・チアノーゼ・血腫・その他	
	5	保育器は使用しましたか。	未使用・使用 (日間)	
6	出生時に黄疸がありましたか。	なし・あり ()		
ア レ ル ギ ー	★アレルギー・病気・発達について該当する項目に○をつけ必要事項の記入をしてください。			
	☆食物アレルギーはありますか。	ある	なし	(別紙アレルギー調査票は全員記入)
	☆アトピー性皮膚炎はありますか。	ある →	あると答えたかたは下記も記入	なし
	具体的な症状			
	☆気管支喘息はありますか。	ある →	あると答えたかたは下記も記入	なし
	具体的な症状			
	☆アレルギー性結膜炎はありますか。	ある →	あると答えたかたは下記も記入	なし
	具体的な症状			
	☆アレルギー性鼻炎はありますか。	ある →	あると答えたかたは下記も記入	なし
	具体的な症状			
病 歴 等	☆熱性けいれんはありますか。	ある →	あると答えたかたは下記も記入	なし
	初回発生時	年 月		
	直近発生時	年 月		
	具体的な症状			
	☆先天的な疾患・現在治療中・経過観察中の病気はありますか。	ある →	あると答えたかたは下記も記入	なし
	病名			
	かかりつけ医療機関・医師名			
	現在の状況			
	通院頻度			
	手術の履歴	ある →	年 月	なし
今後の手術の予定	ある →	年 月	なし	
現在医療的ケアはありますか。	ある →	なし	今後医療的ケアの予定はありますか	ある なし
発 達	発達について相談している病院・施設はありますか。		ある →	あると答えたかたは下記も記入 なし
	症状			
	病院・施設名	医療機関 () 児童発達支援 () 子育て相談課 わかゆり学園 地域保健センター その他 ()		
☆身体障害者手帳・療育手帳の有無 あり (級・度) なし				

*歳児は利用希望年度4月1日現在の満年齢でご記入ください。

*発達の状況（下記の質問）は、あくまでも年齢に応じためやすです。

★0歳～5歳まで全てのお子さんについて上から順に該当する項目に○をつけてください。				備考
1	首がすわっていますか。	はい	いいえ	(月頃から)
2	寝返りをしますか。	はい	いいえ	(月頃から)
3	お座りができますか。	はい	いいえ	(月頃から)
4	ハイハイをしますか。	はい	いいえ	(月頃から)
5	つかまり立ちをしますか。	はい	いいえ	(月頃から)
6	つたい歩きができますか。	はい	いいえ	(月頃から)
7	人見知りをしますか。	はい	いいえ	(月頃から)
8	おもちゃを目で追いますか。	はい	いいえ	
9	あやされると声を出して笑いますか。	はい	いいえ	
10	音のするほうに顔をむけますか。	はい	いいえ	
11	おもちゃに手を伸ばしますか。	はい	いいえ	
12	一人でおもちゃで遊びますか。	はい	いいえ	
13	指で小さいものをつかみますか。	はい	いいえ	
14	大人の声がけに反応しますか。	はい	いいえ	
15	離乳食は順調ですか。(順調でしたか。)	はい	いいえ	該当のものに○ 初期・中期・後期
16	哺乳瓶からミルクを飲みますか。(0歳児のみ回答)	はい	いいえ	該当のものに○ 母乳・ミルク・混合
17	スプーンから飲むことができますか。	はい	いいえ	
18	ストローを使って飲むことができますか。	はい	いいえ	
19	手づかみで食べますか。	はい	いいえ	
20	初めての歯は生えましたか。	はい	いいえ	(月頃から)
視力	視力について医療機関や検診において指摘を受けたことがありますか。	ある	なし	
	あると答えたかた⇒・めがねを使用している(近視・遠視・弱視・斜視)・使用していない			
聴力	耳の聞こえについて医療機関や検診において指摘を受けたことがありますか。	ある	なし	
	あると答えたかた⇒・補聴器を使用している・使用していない			
★1歳以上のお子さんについては、以下もお答えください。(0歳児は終了です)				
21	一人で立っていることができますか。	はい	いいえ	(歳 月頃から)
22	歩くことができますか。	はい	いいえ	(歳 月頃から)
23	走ることができますか。	はい	いいえ	(歳 月頃から)
24	絵本に興味がありますか。	はい	いいえ	
25	積み木を横に並べたり、重ねたりできますか。	はい	いいえ	
26	かんたんなことば(おいで・ちょうだいなど)がわかりますか。	はい	いいえ	
27	離乳食が完了し普通食が食べられますか。	はい	いいえ	(歳 月頃から)
28	牛乳を飲むことができますか。	はい	いいえ	
29	バイバイ、こんにちは等の身振りをしますか。	はい	いいえ	
30	「いけません」というと手を引っ込めますか。	はい	いいえ	
31	話をすると目が合いますか。	はい	いいえ	
★2歳以上のお子さんについては、以下もお答えください。(1歳児は終了です)				
32	スプーンを使って自分で食べますか。	はい	いいえ	
33	コップで飲み物を飲むことができますか。	はい	いいえ	
34	いろいろな音に反応を示しますか。	はい	いいえ	
35	単語を話しますか。	はい	いいえ	
36	簡単な2語分を話しますか。(ワンワンいたね。これちょうだい。ママきた。等)	はい	いいえ	
37	絵本をみて動物や物の名前を聞くと指さしますか。	はい	いいえ	
38	尿意を伝えることができますか。	はい	いいえ	(歳 月頃から)
39	便意を伝えることができますか。	はい	いいえ	(歳 月頃から)

★2歳以上のお子さんについては、以下もお答えください（このような行動をすることがありますか。）

40	意味も無く人をたたく	ない	ときどき	ひんぱんに	44	急に泣いたり、はしゃいだりする	ない	ときどき	ひんぱんに
41	噛み付く	ない	ときどき	ひんぱんに	45	理由なく奇声を発する	ない	ときどき	ひんぱんに
42	物を投げる	ない	ときどき	ひんぱんに	46	じっとしていることが難しい	ない	ときどき	ひんぱんに
43	落ち着きがない	ない	ときどき	ひんぱんに	47	頭を器物に打ちつける	ない	ときどき	ひんぱんに

★3・4・5歳児以上のお子さんについては、以下もお答えください。（2歳児は終了です）

備考

48	一人で歩いたり走ったりできますか。	はい	いいえ	
49	階段を一人で上り下りできますか。	はい	いいえ	
50	両足でピョンピョン跳べますか。	はい	いいえ	
51	自分から話をしたりしますか。	はい	いいえ	
52	ほとんどの要求を言葉で表現しますか。	はい	いいえ	
53	自分の名前を聞かれたら答えますか。	はい	いいえ	
54	話しかけると目が合いますか。	はい	いいえ	
55	検診で言葉の遅れについて指摘を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
56	こぼさずスプーンで食べることができますか。	はい	いいえ	
57	箸をつかって食べられますか。	はい	いいえ	
58	自分の席で落ち着いて食べますか。	はい	いいえ	
59	偏食はありますか。	はい	いいえ	
60	友達といっしょに遊びますか。	はい	いいえ	
61	家の外で遊びたがりですか。	はい	いいえ	
62	危険なことや、物、場所がわかりますか。	はい	いいえ	
63	自分の要求がかなえられるまでがまんすることができますか。	はい	いいえ	
64	泥んこ等汚れることを嫌がりますか。	はい	いいえ	
65	うんちやおしっこを自分でできますか。	はい	いいえ	
66	靴はひとりで履きますか。	はい	いいえ	
67	簡単な衣服を脱いだり着たりしますか。	はい	いいえ	
68	ボタンをはめられますか。	はい	いいえ	

*面接者記入欄

--

